



«Nutrire e idratare, gesti essenziali»

Fine vita, Bassetti difende l'obiezione. Oggi Dat in Senato, incognita voto segreto

ANGELO PICARIELLO
ROMA

Garantire al medico l'obiezione di coscienza, evitare che il non all'accanimento terapeutico sconfini nell'eutanasia rinunciando a idratazione e alimentazione, evitare di fare del malato terminale uno «scarto». Il cardinale Gualtiero Bassetti intervistato ieri sera da Radio Vaticana commenta le parole del Papa nel messaggio per la Giornata del malato 2018. Ma, alla vigilia del ritorno in aula al Senato della legge sul fine vita - oggi - per quello che potrebbe essere il secondo e definitivo passaggio, quello del presidente della Cei suona

come un estremo invito a riflettere sul rischio di toccare aspetti indisponibili della vita umana. Le parole di papa Francesco sul fine vita «si collocano nel solco della sollecitudine della Chiesa, sempre caratterizzata dal contribuire a rendere più umana possibile la condizione del vivente che muore o del morente che vive», premette Bassetti. «Non si tratta certo - chiarisce - di rinunciare a quei gesti essenziali come sono il nutrire, l'idratare, il curare l'igiene della persona. Come Cei - aggiunge l'arcivescovo di Perugia - ci sta a cuore anche che venga riconosciuta, oltre alla possibilità di obiezione di coscienza del singolo medico, quella che riguarda le nostre strutture

sanitarie». Anche perché «non è sempre facile - chiarisce - stabilire a priori un confine netto tra accanimento terapeutico ed eutanasia». Diventa quindi necessario «tenere insieme la volontà del paziente e il rispetto della

coscienza e della competenza del medico». Un «discernimento» da effettuare nella «speciale relazione tra malato e medico», per stabilire «la giusta proporzionalità delle cure, che non può e non deve mai dar luogo a quella cultura dello scarto denunciata con forza dal Santo Padre». La vita umana ha una sua dignità dall'inizio alla fine. «Non è un caso - conclude il cardinale Bassetti - che il Papa abbia fatto riferimento alla parabola del Buon Samaritano» e all'imperativo categorico di non abbandonare mai il malato. Sono proprio questi i temi che rendono divisivo il testo all'esame del Senato, che oggi alle 11 torna in aula per l'esame del 3mila e passa emendamenti presentati dal fronte che si oppone alla legge. Nel quale ci sono anche settori della maggioranza, come Ap (solo 5 o 6 senatori su 24 del partito di Alfano sarebbero disponibili a votare il testo senza modifiche), o esponenti di Des. Il che rende paradossale la situazione. Portata la discussa legge all'esame dell'aula con un'improvvisa accelerazione allo scopo di «accontentare» i possibili alleati a sinistra del Pd (che poi si sono sfilati tutti), il partito di Renzi si trova ora ad aspettare il «soccorso» decisivo di Mdp e M5S, suoi avversari in chiave elettorale. Col risultato che, dopo un giorno e mezzo di lavori d'aula (oggi gran parte del tempo sarà assorbito dalle comunicazioni presentate dal fronte che si oppone alla legge. Nel quale ci sono anche settori della maggioranza, come Ap (solo 5 o 6 senatori su 24 del partito di Alfano sarebbero disponibili a votare il testo senza modifiche), o esponenti di Des. Il che rende paradossale la situazione. Portata la discussa legge all'esame dell'aula con un'improvvisa accelerazione allo scopo di «accontentare» i possibili alleati a sinistra del Pd (che poi si sono sfilati tutti), il partito di Renzi si trova ora ad aspettare il «soccorso» decisivo di Mdp e M5S, suoi avversari in chiave elettorale. Col risultato che, dopo un giorno e mezzo di lavori d'aula (oggi gran parte del tempo sarà assorbito dalle comunicazioni

presentate dal fronte che si oppone alla legge. Nel quale ci sono anche settori della maggioranza, come Ap (solo 5 o 6 senatori su 24 del partito di Alfano sarebbero disponibili a votare il testo senza modifiche), o esponenti di Des. Il che rende paradossale la situazione. Portata la discussa legge all'esame dell'aula con un'improvvisa accelerazione allo scopo di «accontentare» i possibili alleati a sinistra del Pd (che poi si sono sfilati tutti), il partito di Renzi si trova ora ad aspettare il «soccorso» decisivo di Mdp e M5S, suoi avversari in chiave elettorale. Col risultato che, dopo un giorno e mezzo di lavori d'aula (oggi gran parte del tempo sarà assorbito dalle comunicazioni

presentate dal fronte che si oppone alla legge. Nel quale ci sono anche settori della maggioranza, come Ap (solo 5 o 6 senatori su 24 del partito di Alfano sarebbero disponibili a votare il testo senza modifiche), o esponenti di Des. Il che rende paradossale la situazione. Portata la discussa legge all'esame dell'aula con un'improvvisa accelerazione allo scopo di «accontentare» i possibili alleati a sinistra del Pd (che poi si sono sfilati tutti), il partito di Renzi si trova ora ad aspettare il «soccorso» decisivo di Mdp e M5S, suoi avversari in chiave elettorale. Col risultato che, dopo un giorno e mezzo di lavori d'aula (oggi gran parte del tempo sarà assorbito dalle comunicazioni

Il presidente della Cei a Radio Vaticana: prossimità al malato, mai cultura dello scarto. Al vaglio di Palazzo Madama più di 3mila emendamenti, voto finale giovedì Pd, bivio fra «canguro» e aperture

CCEE

Bagnasco: nessuna autorità può decidere della vita di un uomo

«Non è lecito togliere la vita a nessuno. Nessuna autorità terrena ha diritto di decidere se una persona può togliersi la vita, e tanto meno farsi parte attiva in questo tragico proposito». È l'appello lanciato dal cardinale Angelo Bagnasco, presidente del Consiglio delle Conferenze episcopali d'Europa (Ccee) venerdì 18 dicembre, all'incontro tra i consulenti giuridici degli episcopati europei in corso sino a oggi a Lussemburgo sulla regolamentazione del fine vita. «La vita è un dono di Dio - ha sottolineato il cardinale Bagnasco, rilanciato dall'agenzia Sir - il cui valore e la cui dignità viene dal fatto di essere voluta e amata da Dio. Dunque, non dipende da qualche criterio di utilità o da un sentimento. Siamo chiamati ad amare, difendere e a promuovere la vita a tutti i livelli e in ogni fase dell'umana esistenza». Per Bagnasco «siamo in un tempo dove nessuno può ritenersi spettatore. Siamo chiamati a pensare e a capire, anche a livello delle leggi, ciò che di buono si può migliorare e a cercare di impedire che siano fatte leggi che - diventando mentalità generale - cancellano i criteri morali fondamentali. Non di rado vediamo che ciò che è cattivo è permesso o promosso, anche se, alla radice, non rispetta la persona umana». Al centro dei lavori anche il tema delle migrazioni.



Non si tratta certo di rinunciare a quei gesti essenziali come sono il nutrire, l'idratare, il curare l'igiene della persona. Come Cei ci sta a cuore anche che venga riconosciuta - oltre alla possibilità di obiezione di coscienza del singolo medico - quella che riguarda le nostre strutture sanitarie

Cardinale Gualtiero Bassetti

L'aula del Senato Da oggi inizia l'esame del testo di legge sul fine vita

nessuno impedisce, in realtà, un supplemento di impegno delle Camere, a gennaio, col beneplacito del Quirinale, se ci fosse la necessità.

Il medico. Ma in corsia questa legge non serve

MARCELLO RICCIUTI

Caro direttore, intervengo nel dibattito in corso su *Avvenire* perché da medico, anestesista-rianimatore per 20 anni e da 11 anni palliativista e direttore di un Hospice, mi sento di dire che il disegno di legge «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento», così come è strutturato, presenta molte più ombre che luci e sembra rispondere più a logiche politiche ed ideologiche che cliniche e funzionali alle persone sofferenti. Credo anzi che se si trattasse realmente di garantire il consenso ai trattamenti e di evitare l'accanimento terapeutico non sarebbe proprio necessaria una legge, che tra l'altro non può prevedere tutte le possibili situazioni cliniche in cui ci si può venire a trovare. Infatti basterebbe applicare l'articolo 32 della Costituzione («Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge») e l'articolo 16 del Codice di deontologia medica («Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati») per garantire un corretto rapporto fra curante e curato, per garantire il rispetto dell'autonomia del paziente ed evitare trattamenti non giustificati, non proporzionati e dannosi. È già un dovere di ogni medico, e soprattutto di quei medici che si tro-

Il palliativista: Costituzione, Codice deontologico e la norma sulle cure ai pazienti terminali dettano le regole per il fine vita

vano spesso ai confini tra la vita e la morte, decidere sulla base delle proprie competenze e delle conoscenze scientifiche del momento, e quindi proporre al paziente o al suo nucleo familiare il trattamento più appropriato, più utile (e quindi non «futile») alla situazione clinica attuale. Questa situazione può essere frutto di una lunga storia di malattia, durante la quale si può pianificare il percorso di cure appropriate, oppure può verificarsi più o meno improvvisamente, con decisioni affidate alla valutazione dell'équipe curante, spesso del Pronto soccorso o di Rianimazione, che non può prevedere l'esito del soccorso e delle cure e deve dedicarsi alla salvaguardia della vita. Chi può dire quante vite sono state salvate dal progresso e dall'affinamento delle tecniche di rianimazione, dai trapianti d'organo e dalle tecniche di supporto vitale, in via di continua evoluzione? Certo l'applicazione di queste tecniche può anche determinare un'e-

voluzione sfavorevole che non si conclude con la morte ma con una disabilità più o meno grave. Qui si pone il problema di decidere volta per volta l'opportunità e la proporzionalità delle cure proposte e applicate, non certo di costringere il medico a scegliere tra l'applicare meccanicamente la Dat, negando al paziente interventi salvavita, e disastrenderlo, rischiando di essere chiamato a rispondere in caso di esito insoddisfacente. Per le patologie croniche evolutive soprattutto neurologiche, così come per le malattie tumorali, sarebbe preferibile spostare il piano dalle Dat alle cure palliative. Il loro sviluppo nel nostro Paese, grazie alla legge 38/2010 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» (questa si può pianificare il percorso di cure appropriate, oppure può verificarsi più o meno improvvisamente, con decisioni affidate alla valutazione dell'équipe curante, spesso del Pronto soccorso o di Rianimazione, che non può prevedere l'esito del soccorso e delle cure e deve dedicarsi alla salvaguardia della vita. Chi può dire quante vite sono state salvate dal progresso e dall'affinamento delle tecniche di rianimazione, dai trapianti d'organo e dalle tecniche di supporto vitale, in via di continua evoluzione? Certo l'applicazione di queste tecniche può anche determinare un'e-



pongono le indicazioni e i limiti del trattamento sostitutivo. È chiaro, ad esempio, che all'approssimarsi del fine vita, quando anche naturalmente viene meno il bisogno di mangiare e di bere, non ha indicazione un trattamento sostitutivo artificiale. Quando però, nonostante la gravosità della malattia, l'aspettativa di vita è lunga, a volte di anni, la sospensione della nutrizione e dell'idratazione diventerebbe la causa primaria della morte configurandosi quindi di come una forma di eutanasia ommissiva o di suicidio assistito, che tutti però dicono non essere oggetto del progetto di legge, e che sono anche in contrasto con l'ar-

ticolo 17 del Codice di deontologia medica («Il medico, anziché su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte»). Non è definendo nutrizione e idratazione artificiali «terapie mediche», piuttosto che sostegno vitale, che le si rendono «cattive» compagne del paziente, così come non lo sono gli strumenti che le veicolano (sondini, cateteri e quant'altro). È proprio la preoccupazione del legislatore di mettere al riparo il medico dal codice penale che lascia più dubbiosa la natura eutanasica della sospensione di cure che si vorrebbe autorizzare.

La giurista. Si fa saltare la relazione di cura

MARCELLO PALMIERI

Sul consenso informato del paziente non c'è vuoto normativo perché è già un principio generale dell'ordinamento in materia sanitaria». Lo scandisce Giovanna Razzano, professore aggregato di Diritto pubblico alla Sapienza di Roma riflettendo sul ddl da oggi al voto del Senato. A quali norme si riferisce? La Costituzione, la Convenzione di Oviedo e la Carta di Nizza, la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e altre leggi, come quelle sui principi deontologici del Codice di deontologia medica. Di fatto i medici che operano senza il previo consenso sono condannati civilmente e penalmente. C'è chi sostiene che però manca una legge sul biotestamento... Sia la Convenzione di Oviedo sia il Codice di deontologia medica prevedono che il medico tenga conto delle dichiarazioni espresse dal paziente. Ma il biotestamento così com'è disciplinato dalla legge in discussione contraddice il consenso informato, che può essere espresso solo da un paziente in relazione di cura con un medico, mentre questa norma vorrebbe attribuire la facoltà di rilasciare dichiarazioni vincolanti da parte di chi oggi è disancorato. Quali rischi si corrono? Che le scelte siano deontologicamente ispirate dalla paura per situazioni allora, compiute senza la dovuta informazione e quindi poco «autodeterminate». Questa legge serve a evitare l'accanimento terapeutico? Già ora il Codice deontologico e le buone pratiche lo vietano, con conseguenze civili e penali per il medico che somministra trattamenti sproorzionati. La norma sulle Dat non cita l'eutanasia, ma per com'è congegnata ne rimuove nei fatti il divieto. È giuridicamente ammissibile? No, perché non è compatibile con il primo di-

ritto da cui discendono tutti gli altri: quello alla vita. E il nostro ordinamento costituzionale, nel suo complesso, ha fatto una chiara scelta per la vita, la salute, il sollievo della sofferenza. Non per la morte. Strasbourg cosa ne pensa? Sulla stessa linea. La Corte europea dei diritti dell'uomo, nella sentenza Pretty contro Regno Unito, già nel 2002 aveva chiarito che l'articolo 2 della Convenzione, sulla tutela della vita, non va interpretato come diritto di morire o di scegliere tra la vita e la morte. L'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, nel 2012 ha chiaramente annunciato che l'eutanasia venga sempre vietata. Qual è la differenza tra il rifiuto delle terapie e l'eutanasia ommissiva? Il rifiuto delle terapie da chi è cosciente, già ora possibile senza nuove leggi, potrebbe avere intenti eutanasici nell'intenzione di chi rifiuta. Per capirci: una persona che chiede la sospensione di idratazione e alimentazione artificiale, che ancorata sono di beneficio, ma che vuole morire, è in una prospettiva eutanasica. Diverso il caso di chi rifiuta l'ennesimo ciclo di chemio, consapevole che la propria vita probabilmente si accorcerà ma conscia che la morte, non voluta, è ormai ineluttabile. L'eutanasia ommissiva, insomma, implica l'uccisione di un paziente per sottrazione di cure proporzionate e dovute. Tra i nodi della legge c'è la questione delle persone prive di coscienza o incapaci: cosa succede se si verifica un contrasto tra coloro che la rappresentano e il medico? Deciderà il giudice tutelare, ma è gravissimo che scelte simili non siano compiute da un clinico, in contrasto col diritto alla salute nell'articolo 32 della Costituzione. E pure con il Codice di deontologia medica, secondo cui ogni sanitario dovrebbe agire secondo coscienza e conoscenza. Qui invece sembra debba sottostare a un provvedimento giudiziario.